



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y SU RELACIÓN
CON FACTORES ASOCIADOS. CUENCA, 2014-2015”.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

AUTORA

: Md. Karla Rosely Novillo Fernández.

DIRECTORA

: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

ASESOR

: Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

CUENCA – ECUADOR

2016



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

Los problemas atencionales generan controversia con respecto a su existencia, su persistencia a lo largo de la vida. Los Pediatras presentan dificultades para su reconocimiento debido a limitaciones en su entrenamiento en temas relacionados con la salud mental.

Este trabajo determinó la prevalencia de Problemas de Atención en niños de 8 a 12 años en el Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga y su relación con factores asociados 2014-2015. Fue un estudio de tipo descriptivo, se calculó en el EPI-INFO una muestra de 344 pacientes, se aplicó un formulario previamente elaborado, aplicación del *Test de Atención d2*, con fiabilidad mayor al 90%. Para valorar factores asociados se empleó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socio-económico del INEC y el Apgar familiar. La información se procesó en SPSS y se obtuvo: frecuencia, porcentaje, media y desvío estándar.

Niños con problemas de atención fueron 30.8%, 32.5% masculinos; perfil clínico de la atención adecuado 62.1%, velocidad de atención adecuada 77.4%, calidad de atención adecuada 69%, concentración adecuada 58.3%. No asistir a un centro de desarrollo infantil fue un riesgo para tener atención inadecuada. Grupo etario más frecuente adolescentes tempranos 59.2%, condición socio-económica predominante nivel medio-típico, asistencia a Centros de Desarrollo Infantil 59,2 %, cuidador más frecuente la madre 75,8%, las familias altamente funcionales 96.6%.

Se concluyó que la prevalencia de problemas de atención refleja la literatura a nivel mundial, importante para el Pediatra dentro de su valoración clínica.

Palabras clave: ATENCION, NIÑOS, ADOLESCENTES, ADHD, TEST DE ATENCION D2.



ABSTRACT

Attention problems create controversy because of its persistence throughout life. Pediatricians find it difficult to examine it because of limitations in their training on mental health. This study focused on determining the prevalence of attention problems in children aged 8-12 at the Department of Pediatrics of José Carrasco Arteaga Hospital and its relation to associated factors, 2013-2014. It was a descriptive study featuring a sample of 344 patients from EPI-INFO; the previously validated *d2 Test of Attention* was applied and the reliability was over 90%. The INEC socioeconomic level stratification and the family Apgar survey were applied in order to assess associated factors. The information was processed in SPSS to obtain frequency, percentage, the mean, and standard deviation.

The results showed that Eight-to-twelve-year-old patients with attention problems represent 30.8%, from which 32.5% are male; the clinical profile of attention is adequate in 62.1%; the rate of attention is adequate in 77.4%; the quality of attention is adequate in 69%; and the concentration is adequate in 58.3%. The most common age group comprised young teenagers (59.2%); the most common socioeconomic status is typical mid-level; child development centers attendance was 59.2%. Mothers are the most frequent caregiver (75.8%) and families are highly functional (96.6%).

It was concluded that the prevalence of attention problems reflects the literature, important for the pediatrician in their clinical assessment worldwide.

Keywords: CARE, CHILDREN, TEENAGERS, ADHD, D2 TEST OF ATTENTION.



ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Índice	4
Cláusula de derechos de autor	5
Cláusula de propiedad intelectual	6
Agradecimiento	7
Dedicatoria	8
Capítulo I	9
1.1 Introducción	9
1.2 Planteamiento del Problema	11
1.3 Justificación	14
Capítulo II	16
2.1 Fundamento Teórico	16
2.1.1 Atención	16
2.1.1.1 Definición	16
2.1.1.2 Alteraciones de la Atención	16
2.1.1.3 Factores asociados de los Problemas de Atención	17
2.1.1.4 Test de evaluación de la Atención y de factores asociados	19
Capítulo III	23
3.1 Hipótesis	23
3.2 Objetivos	23
3.2.1 Objetivo General	23
3.2.2 Objetivos Específicos	23
Capítulo IV	24
4.1 Diseño Metodológico	24
4.1.1 Tipo de Estudio	24
4.1.2 Área de Estudio	24
4.1.3 Población en Estudio	24
4.1.4 Muestra	24
4.1.4.1 Criterios de Inclusión	24
4.1.4.2 Criterios de Exclusión	24
4.1.5 Variables del Estudio	25
4.1.6 Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, el análisis y los métodos para el control y calidad de los datos	25
4.1.7 Plan de tabulación y análisis de los resultados esperados	26
Capítulo V	28
Resultados	28
Capítulo VI	33
Discusión	33
Capítulo VII	39
Conclusiones	39
Revisión Bibliográfica	40
Anexos	45
Anexo 1: Matriz de Operacionalización de las Variables	45
Anexo 2: Formulario de Recolección de Datos	50
Anexo 3: Apgar familiar	54
Anexo 4: Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico	55
Anexo 5: Test de Atención d2	58
Anexo 6: Consentimiento informado	59
Anexo 7: Asentimiento informado	60



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DERECHOS DE AUTOR

Karla Rosely Novillo Fernández, autora de la tesis “Prevalencia de los Problemas de Atención en niños, niñas, adolescentes de 8 a 12 años de edad en el Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga y su relación con factores asociados. Cuenca, 2014-2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Pediatra. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.
Cuenca, 9 de marzo de 2016.

Karla Rosely Novillo Fernández

C.I: 1104288962



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Karla Rosely Novillo Fernández, autora de la tesis “Prevalencia de los problemas de atención en niños, niñas, adolescentes de 8 a 12 años de edad en el Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga y su relación con factores asociados. Cuenca, 2014-2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 9 de marzo de 2016.

Karla Rosely Novillo Fernández

C.I: 1104288962



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

A las autoridades y personal del Hospital José Carraco Arteaga.

A mi asesor de investigación del Postgrado de Pediatría de la Universidad de Cuenca:

Dr. Jaime Ñauta.

A mi directora de tesis:

Dra. Lourdes Huiracocha.

Sin los cuales no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

A mi querida madre Sara Fernández por su apoyo espiritual proporcionándome la fuerza y valor necesario para continuar luchando en la vida. Este logro es gracias a las enseñanzas que dejó sembrado en mi corazón.

A mi esposo Pablo Santiago por su amor incondicional

A mi padre, hermanos, por su apoyo constante.

A Héctor, Aidé, Violeta y María Eugenia, por su ayuda permanente.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) deben tener un óptimo crecimiento y desarrollo para la consecución de sus proyectos de vida. En niños y niñas menores de 5 años de edad, la mejor forma de evaluar el neurodesarrollo es a través del desarrollo psicomotriz,⁽¹⁾ en los niños escolares y adolescentes existen otras premisas importantes como la valoración de la atención, memoria, motivación, senso-percepción e inteligencia.⁽¹⁾

La atención es la capacidad para mantenerse enfocado en una actividad, para completarla con calidad, es una de las funciones del proceso neurocognitivo⁽²⁾ necesaria para el cumplimiento de las actividades simples y complejas de la vida diaria tales como autocuidado, comunicación, resolución de problemas, aprendizaje.⁽³⁾ La atención es el resultado de una red de funciones de las diferentes partes del cerebro,⁽⁴⁾ pero es el medio ambiente y el entorno como: papel de los padres, familia y educadores que añaden otros elementos para lograr adquirir la atención necesaria para el cumplimiento de cada una de las actividades que se realiza;⁽⁵⁾ esto significa que la atención se puede alterar por fallas orgánicas⁽⁶⁾ o por factores sociales que no permiten una adecuada adquisición de la atención. Así lo primero que corresponde a un pediatra dentro de la evaluación integral es descubrir si el niño, niña o adolescente tiene un problema de atención⁽⁷⁾ para derivarlo a un equipo interdisciplinario y llegar a un diagnóstico oportuno, esto es si el problema de atención es: (i) un signo más de una enfermedad (discapacidad intelectual, autismo, déficit visual o auditivo,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

trastornos psiquiátricos, otros), (ii) un trastorno denominado Déficit de Atención,⁽⁸⁾⁽⁹⁾ (iii) es un signo de los Trastornos específicos del aprendizaje⁽¹⁰⁾ o (iv) es una variación normal que hay que entrenarla para que tenga mejores resultados. Los problemas de atención no detectados oportunamente traen consigo impactos a largo plazo reflejados en diversos ámbitos como: educación, vida social y sociedad (aislamiento social, actividad delictiva, accidentes diversos, autoestima baja, atención educacional deficiente); función familiar (alteraciones en actividades y funciones familiares, tiempo invertido para consejo, aislamiento social); salud familiar (relaciones diversas entre padres e hijos, dificultades maritales, estrés, impacto emocional en los padres e hijos); ocupacional (absentismo, estatus, productividad, relaciones interpersonales); salud del menor (tasas de abuso y dependencia de sustancias sin tratamiento, tasas de ansiedad, depresión y suicidio).⁽¹¹⁾



1.2. Planteamiento del Problema

Cuando se revisa la literatura médica la mayoría de estudios están centrados en el Trastorno de Déficit de Atención ⁽¹²⁾ pero no encuentran muchas investigaciones que se refieran a los Problemas de Atención como un signo alarma detectado en un triage que permita al Pediatra de manera corta pero válida tener criterios para derivar hacia un equipo profesional y con ello asegurar un diagnóstico definitivo.

Se estimaba a nivel mundial que la prevalencia de los Problemas de Atención oscilaba entre 4-6%,^{(14) (23) (24)} los últimos estudios epidemiológicos dan cifras que rondan el 30%.^{(14) (23) (24)} Estos han sido considerados como afecciones que predominaba ampliamente en los varones (3-4:1) respecto a las mujeres ^{(14) (23)} ⁽²⁴⁾, esto va perdiendo fuerza, actualmente se estima que su prevalencia es similar en ambos sexos ^{(14) (23) (24)}. Si bien en los varones se acompaña de hiperactividad, en las mujeres el déficit de atención es el predominante. Se consideraba a este trastorno exclusivo de la infancia (8-10% en la edad escolar) y adolescencia (50-80%) ^{(14) (23) (24)}, sin embargo, el cuadro persiste en la edad adulta (40-60%) con manifestaciones más graves, con repercusión para la familia y la sociedad; y las dificultades para controlarlas suelen ocurrir a esta edad.

En un 40-60% de los casos de pacientes con Problemas de Atención se relacionan a trastornos del aprendizaje (fracaso escolar), ⁽⁷⁾ alteraciones de la conducta, trastornos emocionales (ansiedad, depresión y baja autoestima). ⁽⁵⁾⁽⁷⁾ En menor frecuencia propensión a sufrir accidentes, alteraciones del sueño, otro como enuresis y encopresis. ⁽⁷⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Entre los factores de riesgos asociados se pueden determinar los ambientes y los biológicos. Entre los ambientales se encuentra el bajo nivel socioeconómico, disfuncionalidad familiar, familia numerosa (3 o más hermanos), familias no nucleares, edad, sexo, cuidador no materno, no asistencia a centros de desarrollo infantil. ⁽⁷⁾ ⁽¹³⁾ Entre los factores adversos biológicos: historia familiar de problemas de atención, criminalidad paterna, otros trastornos psiquiátricos, psicopatologías como: depresión, trastornos fóbicos o esquizofrenia, historia personal de daño cerebral a consecuencia de sufrir alguna patología importante en el período perinatal. ⁽⁷⁾ ⁽¹³⁾.

La mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, sin embargo frecuentemente el trastorno es diagnosticado al ingreso de la educación básica, cuando se observa afección en la adaptación escolar y la relación social y familiar. ⁽²⁷⁾ La importancia de su diagnóstico oportuno y su tratamiento, ⁽¹⁰⁾ permite disminuir los riesgos que conlleva el padecimiento como mayor vulnerabilidad a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; en los adolescentes consumo de sustancias, conductas impulsivas/temerarias y mayores problemas legales. ⁽¹¹⁾

El impacto de la enfermedad en la Salud Pública y su carga para el Sistema Sanitario son considerables. Los costes sanitarios de los niños con Problemas de Atención son casi el doble que para los niños sin este trastorno, por lo que, en general, se estima que es superior a los 40 mil millones de dólares anuales



UNIVERSIDAD DE CUENCA

en Estados Unidos ⁽²⁰⁾. De lo anterior, se deduce que los Problemas Atencionales se asocian significativamente a costes financieros reflejados en el Sistema de Salud, los Servicios Educativos, los cuidadores, las familias y la sociedad en general.

Por estas razones este estudio se realizó en los niños, niñas y adolescentes que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo 2014-2015 y respondió a las siguientes preguntas de investigación: (i) ¿Cuál es la prevalencia de los problemas de atención?, (ii) ¿Cuál es la relación de los problemas de atención con factores asociados ⁽¹³⁾ como: edad, sexo, condición socioeconómica, ⁽²¹⁾ tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil?.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1.3 Justificación

El presente trabajo enfocó que los Problemas de Atención ocupan los primeros lugares de problemas de salud mental que afecta a niños, adolescentes y adultos; el padecimiento es de origen biológico con participación en su expresión de elementos psicosociales e implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen. Este trastorno no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos. Incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso en las relaciones de pareja, con repercusiones socio-económicas importantes, de ahí la importancia de abordar este tema.

El presente trabajo se apoyó en la Constitución de la República 2008 en los artículos 47-52. En la Convención sobre los Derechos del Niño, en el Código de la Niñez y Adolescencia, el Plan Nacional por la Niñez y la Adolescencia, Decreto Ejecutivo No. 179, en el que respaldan a “Los niños y adolescentes para que gozarán de los derechos comunes del ser humano, y de los específicos de su edad, donde el Estado garantiza el derecho a la vida, desde su concepción, a la integridad física y psíquica, a su identidad, nombre y ciudadanía, a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación, a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

comunitaria, a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad y a ser consultados en los asuntos que les afecten”.

Los resultados obtenidos de prevalencia y factores asociados aportaron elementos importantes y que orientarán al pediatra a cómo evaluar la atención, cómo dar pautas a los padres, tutores y educadores para iniciar y seguir un proceso exitoso en la intervención de la atención. Los datos de la investigación serán publicados en las revistas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca o del Hospital José Carrasco Arteaga.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO II

2.1. Fundamento Teórico:

2.1.1. Atención:

2.1.1.1. Definición: constituye una función neurofisiológica ⁽¹⁷⁾ que permite enfocar los órganos de los sentidos sobre determinada información relevante (sensación), necesaria para la realización de una determinada actividad; para ser recibida, procesada, interpretada (percepción) y almacenada (memoria), al mismo tiempo que se inhiben otros estímulos que son irrelevantes.⁽¹⁸⁾

2.1.1.2. Alteraciones de la atención: pueden constituir síntomas notables en muchos desordenes clínicos.⁽¹⁹⁾ Los pacientes con problemas atencionales presentan: (i) tiempo de reacción disminuido frente a impulsividad en las repuestas, (ii) procesamiento cognitivo lentificado, (iii) distractibilidad, (iv) alteración en la capacidad para realizar nuevos aprendizajes, (v) disminución de la memoria inmediata, (vi) dificultad en la realización de pruebas o tareas con requisito temporal, (vii) incapacidad para tolerar ambientes ruidosos, (viii) pérdida de la continuidad de las ideas durante una conversación, (ix) fácil frustración en situaciones que requieren atención simultánea, en más de una tarea.⁽¹⁹⁾

- **Hipoprosexia:** la persona afectada intenta concentrar su atención, pero no lo logra más allá de unos segundos o minutos, debido a que de manera involuntaria se orienta en otros pensamientos.⁽¹⁷⁾
- **Hiperprosexia:** la atención se mantiene focalizada y concentrada en determinados objetos, eventos, pensamientos, recuerdos o sensaciones.⁽¹⁷⁾
- **Atención distráctil:** no consiguen concentrarse, no focalizan la atención, no siguen instrucciones.⁽¹⁷⁾



2.1.1.3. Factores asociados de los problemas de la atención:

- **Genética conductual:** mayor prevalencia de problemas atencionales cuando se asocia a otros trastornos psiquiátricos.^{(12) (20)}
- **Genética molecular:** es poligénica, éstos dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina, encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento. Se involucran: gen DRD4, DRD5, DAT1 y DAT5.^{(12) (20)}
- **Factores neuroanatómicos:** implicación de la corteza prefrontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Se sugieren alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas. Reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo.^{(12) (20)}
- **Factores neuroquímicos:** afectación de las regiones ricas en dopamina (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en noradrenalina (región posterior de la flexibilidad cognitiva).^{(12) (20)}
- **Factores neurofisiológicos:** alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la corteza sensoriomotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.^{(12) (20)}
- **Factores biológicos adquiridos:** adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, que afectan a la corteza prefrontal.^{(12) (20)}
- **Factores psicosociales:** **disfuncionalidad familiar**, relacionada con: crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven



UNIVERSIDAD DE CUENCA

instituciones con ruptura de vínculos, adopciones, tipo de cuidador. Estructuras familiares modificadas por la participación social de mujer, migración, divorcio, nuevas concepciones de convivencia, etc., lo que determina incremento de los hogares a cargo de un solo progenitor factores, quedando los niños y adolescentes a cargo de terceros.^{(1) (27)}

- El **nivel socioeconómico bajo**, influye agravando el entorno biopsicosocial, desde las condiciones prenatales y perinatales en el cual el niño y el adolescente se desenvuelve. ⁽¹⁾ Esto se relaciona con el **estado nutricional** de los afectados, determinando cambios en el sistema nervioso central como: alteraciones en la mielinización de las fibras, modificaciones neuronales y de los tejidos a nivel histológico, electrofisiológico, bioquímico y conductual. Déficits en la cantidad de ADN, fosfolípidos, esfingomielina, proteínas nucleares, y neurotransmisores, con repercusiones atencionales y de memoria. ⁽¹⁾
- **Centros de Desarrollo Infantil**, constituyen centros infantiles dedicados a la formación integral (psicomotriz y su interacción social) de niños dentro de los primeros años de vida. Terré (1999) define la estimulación temprana como “El conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica y aplicable en forma sistemática y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los 6 años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas; permite también evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudan a los padres con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante”.⁽³⁴⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Papalia & Duskin (2005), “Aquellas intervenciones tempranas son más exitosas cuando comienza de manera prematura y continúan a través de los años preescolares y si se les dedica más tiempo. El cerebro recibe estimulación a través de los sentidos, movimientos y solo se puede llegar a su máximo potencial a través de otorgarle las oportunidades de aprendizaje en los 6 primeros años de vida que es en donde se desarrolla neurológicamente la atención, inteligencia emocional y cognitiva”.⁽³⁴⁾

2.1.1.4. Test de evaluación de la Atención y de factores asociados:

- **Test de Atención d2** (Brickenkamp, 2002). Es un test de tiempo limitado, previamente validado, con una fiabilidad mayor al 90%. Permite medir la atención visual, selectiva y la concentración mental, entendida como la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los irrelevantes, además, hacerlo de forma rápida y precisa; también participan otras aptitudes como: memoria visual inmediata, aptitud visio-perceptiva, rapidez de ejecución manual.⁽¹⁵⁾

El test se puede administrar tanto de forma individual como colectiva con una duración entre 8 y 10 minutos. Existe un total de 14 líneas con 47 caracteres, es decir, por un total de 658 elementos; estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañados de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra. La tarea del sujeto consiste en revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las dos debajo o una arriba y otra debajo).

(15)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el Manual estos elementos (es decir, los estímulos correctos) se conocen como elementos relevantes. Las demás combinaciones (las “p” con o sin rayitas y las “d” con o ninguna rayita) se consideran “irrelevantes” y no deberían ser marcadas. En cada línea el sujeto dispone de 20 segundos.⁽¹⁵⁾

Las puntuaciones resultantes son: TR, total de respuestas, números de elementos intentados en las 14 líneas; TA, total de aciertos, número de elementos relevantes correctos; O, omisiones, número de elementos relevantes intentados pero no marcados; C, comisiones, número de elementos irrelevantes marcados; TOT, efectividad total en la prueba, es decir, $TR - (O+C)$; CON, índice de concentración o $TA-C$; TR+, línea con mayor número de elementos intentados; TR-, línea con menor número de elementos intentados y VAR, índice de variación o diferencia $(TR+) - (TR)$.⁽¹⁵⁾

El test será aplicado en el grupo etario anteriormente mencionado, hospitalizados en el servicio de Pediatría, previos al alta, garantizado un ambiente confortable y empatía adquirida previamente entre el médico y evaluado, de esta manera, la enfermedad que fue el motivo de su ingreso no influirá en los resultados del test.⁽¹⁵⁾

- **Encuesta de Estratificación del Nivel Socio-económico:** El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentó en el 2010 la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Basado en un estudio que se realizó a 9.744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. Reflejó que los hogares de Ecuador se dividen en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A, el 11,2% en nivel B, el 22,8% en nivel C+, el 49,3% en estrato C- y el 14,9% en nivel D.⁽²⁸⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El índice de nivel socioeconómico es un valor que se encuentra entre 0 y 1000 puntos, se define en base a seis dimensiones: A De 845,1 a 1000 puntos; B De 696,1 a 845 puntos; C+ De 535,1 a 696 puntos; C- De 316,1 a 535 puntos; D De 0 a 316 puntos. ⁽²⁸⁾

- **Apgar familiar:** test diseñado en 1978 por Smilkstein para valorar la funcionalidad familiar, rápido de ejecutar, aplicable independientemente del nivel de instrucción y edad del entrevistado ⁽³⁵⁾ con un índice de correlación entre 0.71 y 0.83 ^{(29) (31)}, consistencia interna de 0.84 ^{(30) (31)}, con una fiabilidad superior al 0.75. ^{(29) (30) (31)}

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes, en inglés, de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), definida como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (*partnertship*), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (*growth*), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (*affection*), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (*resolve*), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia. ⁽³⁵⁾

Los ítems de la escala se calificaron como *nunca*, *casi nunca*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional. ⁽³⁵⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO III

3.1. HIPÓTESIS:

La prevalencia de problemas de atención es similar (2-30%) a la reportada por la literatura y está relacionado con factores asociados como: edad, sexo, condición socioeconómica, tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil.

3.2. OBJETIVOS:

3.2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de los problemas de atención en niños, niñas, adolescentes de 8 a 12 años de edad del servicio de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga y su relación con factores asociados 2014-2015.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar a los niños, niñas, adolescentes de 8 a 12 años de edad según edad, sexo, condición socioeconómica, tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil, tipo de atención, perfil clínico de la atención.
- Determinar la prevalencia y perfil clínico de los problemas de atención identificados por el Test de Atención d2.
- Determinar la relación entre los problemas de atención de los niños, niñas, adolescentes y los diferentes factores asociados: edad, sexo, condición socioeconómica, tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil.

-



CAPÍTULO IV

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO:

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, transversal.

4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO: Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.1.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO: niños, niñas y adolescentes de 8-12 años en el Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga, en el periodo 2014-2015.

4.1.4. MUESTRA: se consideró una frecuencia de 9% de problemas de atención, con un error de inferencia del 3%, el 95% de confianza. Universo infinito de niños, niñas y adolescentes entre 8 a 12 años de edad, se añadió el 10% de pérdidas. Se calculó en el EPI- INFO y se obtiene un total de 344.

4.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños y niñas cuya enfermedad que generó su hospitalización se haya resuelto y esté próximo al alta (24 horas previas).
- Niños y niñas en las edades comprendidas entre 8-12 años.
- Pacientes con disponibilidad de tiempo y predisposición a colaborar.
- Capacidad para seguir instrucciones.
- Consentimiento de los padres o tutores.

4.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con problemas de dislexia.
- Paciente con agudeza visual o auditiva disminuida, sin control médico.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Edades fuera del rango establecido.
- Padres de pacientes que no deseen colaborar.

4.1.5 VARIABLES DEL ESTUDIO:

- **Variable dependiente:** problemas de atención.
- **Variable independiente:** edad, sexo, condición socioeconómica, tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil. Ver anexo 1.

4.1.6 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS, EL ANÁLISIS Y LOS MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS:

El presente trabajo investigativo determinó la prevalencia de problemas de atención en los niños, niñas y adolescentes entre 8-12 años de edad, por parte del médico evaluador, previamente entrenado, basados en la aplicación del *Test de Atención d2* ⁽¹⁵⁾ Test de tiempo limitado, previamente validado, con una fiabilidad mayor al 90%. ⁽¹⁵⁾

Se empleó para evaluación del nivel socioeconómico un test previamente validado, la Encuesta de Estratificación del Nivel Socio-económico del INEC ⁽²⁸⁾. Este estudio se realizó a 9.744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. Reflejó que los hogares de Ecuador se dividen en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A, el 11,2% en nivel B, el 22,8% en nivel C+, el 49,3% en estrato C- y el 14,9% en nivel D.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El índice de nivel socioeconómico es un valor que se encuentra entre 0 y 1000 puntos, se define en base a seis dimensiones: A De 845,1 a 1000 puntos; B De 696,1 a 845 puntos; C+ De 535,1 a 696 puntos; C- De 316,1 a 535 puntos; D De 0 a 316 puntos ⁽²⁸⁾

Para la evaluación de la funcionalidad familiar el Apgar familiar, test previamente validado, con un índice de correlación entre 0.71 y 0.83 ^{(29) (31)}, consistencia interna de 0.84 ^{(30) (31)}, con una fiabilidad superior al 0.75. ^{(29) (30) (31)}

4.1.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

ESPERADOS: una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de las variables, los datos fueron ingresados en una base de datos mediante SPSS versión 15.0, se tabuló la información para obtener las variables. En el nivel descriptivo se presentan porcentajes. En la relación bivariada entre problemas de atención y factores asociados cuando las variables cualitativas fueron dicotómicas se usó chi cuadrado, razón de prevalencia con Intervalos de Confianza al 95%, con tres categorías taub de kendall, y con cuatro o más categorías tauc de kendall.

Problemas atencionales			
Sexo	Si	No	
Masculino	A	B	M1
Femenino	C	D	M2
Problemas atencionales			
Edad	Si	No	
• Infancia media	A	B	M1
• Adolescencia temprana	C	D	M2
Problemas atencionales			
Condición socioeconómica	Si	No	
• Medio-Bajo	A	B	M1
• Medio típico-alto	C	D	M2
Problemas atencionales			
Tipo de familia	Si	No	
• Nuclear	A	B	M1



UNIVERSIDAD DE CUENCA

• No nuclear	C	D	M2
Problemas atencionales			
Funcionalidad familiar	Si	No	
• Funcional	A	B	M1
• Disfuncional	C	D	M2
Problemas atencionales			
Tipo de cuidador	Si	No	
• Padres	A	B	M1
• Otros cuidadores	C	D	M2
Problemas atencionales			
Antecedente de Asistencia a centros de desarrollo infantil	Si	No	
• Si	A	B	M1
• No	C	D	M2

Relación bivariada:

Variable	Problemas atencionales		OR	IC (95%)	Valor p
	Si	No			
	Nro %	Nro %			
Atención					
• Adecuada.					
• Inadecuada.					
Perfil clínico de la atención					
• Adecuada.					
• Inadecuada.					
Edad					
• Infancia media: 6-12 años.					
• Adolescencia temprana: 10-14 años.					
Sexo					
• Masculino					
• Femenino					
Condición socioeconómica					
• Alto (A): 845-1000 puntos.					
• Medio alto (B): 696-845 puntos					
• Medio típico (C+): 535-696					
• Medio bajo (C-): 316-535					
• Bajo D: 0-316					
Tipo de familia					
• Familia nuclear.					
• No nuclear.					
Tipo de cuidador					
• Padres					
• Otros					
Antecedente de Asistencia a Centros de Desarrollo infantil					
• Si					
• No					



CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS:

Tabla N°1. Características Demográficas de 380 niños, niñas y adolescentes entre 8-12 años de edad. Hospital José Carrasco Arteaga. 2014-2015

Características demográficas							
	Femenino		Masculino		Total		p
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupo Etario*							
Adolescencia temprana	102	56,7	123	61,5	225	59,2	0,197
Infancia media	78	43,3	77	38,5	155	40,8	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Socioeconómico							
D	5	2,8	7	3,5	12	3,2	0,130*
C-	36	20,0	51	25,5	87	22,9	
C+	72	40,0	80	40,0	152	40,0	
B	52	28,9	47	23,5	99	26,1	
A	15	8,3	15	7,5	30	7,9	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Asistencia a Centro de Desarrollo Infantil							
Si	99	55,0	126	63,0	225	59,2	0,069
No	81	45,0	74	37,0	155	40,8	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	

*Medio: 10,6; DS: 1,34; Min: 8; Max: 12

* Tauc de kendall

El estudio realizado reporta que el mayor número de pacientes fueron adolescentes tempranos 225 (59.2%), la condición socio-económica más frecuente fue el nivel medio-típico (C+), asistencia a Centros de Desarrollo Infantil fueron 225 (59,2 %). Los datos no mostraron diferencias por sexo ($p>0.05$).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N°2. Características Familiares de 380 niños, niñas y adolescentes entre 8-12 años de edad. Hospital José Carrasco Arteaga. 2014-2015

Características Familiares						
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo de Cuidador *						
Otros	16	8,9	22	11,0	38	10,0
Tíos	1	0,6	7	3,5	8	2,1
Abuelos	21	11,7	16	8,0	37	9,7
Padre	4	2,2	5	2,5	9	2,4
Madre	138	76,7	150	75,0	288	75,8
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0
Funcionalidad Familiar *						
Severamente disfuncionales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Moderadamente disfuncionales	6	3,3	7	3,5	13	3,4
Altamente funcionales	174	96,7	193	96,5	367	96,6
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0

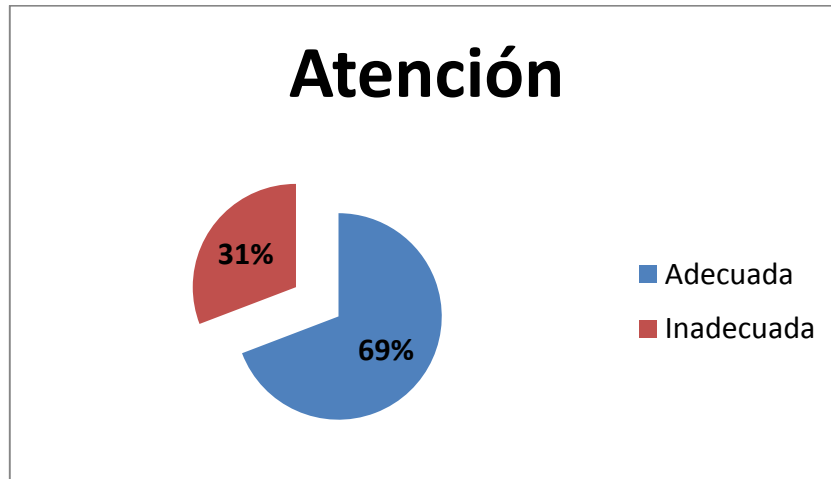
*Tauc de kendall

El tipo de cuidador más frecuente fue la madre 288 casos (75,8%) y las familias son altamente funcionales 367 pacientes (96.6%). No hay diferencias por sexo ($p>0,05$)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Gráfico N°1. Prevalencia de los Problemas Atencionales en 380 niños, niñas y adolescentes entre 8-12 años de edad. Hospital José Carrasco Arteaga. 2014-2015



Pacientes con problemas atencionales entre 8-12 años de edad constituyen el 30.8%, en relación al 69.2% con atención adecuada.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N°3. Atención en 380 niños, niñas y adolescentes entre 8-12 años de edad. Hospital José Carrasco Arteaga. 2014-2015

Características de la Atención							
	Femenino		Masculino		Total		p
	N°	%	N°	%	N°	%	
Atención*							
Deficiente	14	7,8	22	11	36	9,5	0,622*
Regular	38	21,1	43	21,5	81	21,3	
Buena	40	22,2	35	17,5	75	19,7	
Muy buena	32	17,8	41	20,5	73	19,2	
Sobresaliente	56	31,1	59	29,5	115	30,3	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Perfil Clínico de la Atención*							
Inadecuado	63	35,0	81	40,5	144	37,9	0,159
Adecuado	117	65,0	119	59,5	236	62,1	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Velocidad de Atención*							
Deficiente	12	6,7	9	4,5	21	5,5	0,127*
Regular	25	19,3	40	20,0	65	17,1	
Buena	37	20,6	43	21,5	80	21,1	
Muy buena	32	17,8	46	23,0	78	20,5	
Sobresaliente	74	41,1	62	31,1	136	35,8	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Calidad de Atención*							
Deficiente	15	8,3	20	10,0	35	9,2	0,209*
Regular	34	18,9	49	24,5	83	21,8	
Buena	41	22,8	38	19,0	79	20,8	
Muy buena	35	19,4	41	20,5	76	20,0	
Sobresaliente	55	30,6	52	26,0	107	28,2	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	
Concentración*							
Deficiente	18	10,0	30	15,0	48	12,6	0,388*
Regular	43	23,9	47	23,5	90	23,7	
Buena	41	22,8	35	17,5	76	20,0	
Muy buena	29	16,1	40	20,0	69	12,8	
Sobresaliente	49	27,2	48	24,0	97	25,5	
Total	180	100,0	200	100,0	380	100,0	

*Tauc de kendall

El 30.8% de pacientes tienen problemas de atención (117), con predominio en el sexo masculino; el perfil clínico de la atención adecuado en el 62.1%, con velocidad de atención adecuada 77.4%, la calidad de atención fue adecuada 69%, la concentración adecuada 58.3%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N°4. Atención y factores de riesgo asociados en 380 NNA adolescentes. HJCA

Características Demográficas	Atención						P	RP	IC 95%
	Inadecuada		Adecuada		Total				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Sexo									
Masculino	68	56,7	132	50,8	200	52,6	0,169	1,18	0,87-1,53
Femenino	52	43,3	128	49,2	180	47,4			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Grupo etario									
Adolescencia temprana	72	60	153	58,8	225	59,2	0,461	1,03	0,76-1,39
Infancia media	48	40	107	41,2	155	40,8			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Nivel Socioeconómico									
Medio-Bajo	37	30,8	59	22,7	96	25,3	0,059	1,31	0,96-1,79
Medio típico-Alto	83	69,2	201	77,3	284	74,7			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Asistencia a Centro de Desarrollo infantil									
No	58	48,3	97	37,3	155	40,8	0,028	1,35	1,01-1,82
Si	62	51,7	163	62,7	225	59,2			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Tipo de familia									
No Nuclear	41	34,2	61	23,5	102	26,8	0,020	1,41	1,05-1,9
Nuclear	79	65,8	199	76,5	278	73,2			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Funcionalidad familiar									
Disfuncional	3	2,5	3	1,2	6	1,6	0,284	2,2	0,4-10
Funcional	117	97,5	257	98,8	374	98,4			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			
Tipo de cuidador									
No materno	33	27,5	58	22,3	91	23,9	0,165	1,2	0,8-1,7
Materno	87	72,5	202	77,7	202	77,7			
Total	120	100,0	260	100,0	380	100,0			

No asistir a un centro de desarrollo infantil es un riesgo para tener atención inadecuada ($p < 0,05$; RP: 1,35; IC 95%: 1,01-1,82). No existe más asociación estadísticamente significativa.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN:

Los Problemas de Atención constituye una alteración del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. Su prevalencia, trascendencia negativa, en el desarrollo del niño, su vulnerabilidad al tratamiento, hacen necesaria una evaluación, abordaje adecuado y temprano en los niveles de atención en salud y educación.⁽⁸⁾

En menores de 5 años de edad, la evaluación del neurodesarrollo⁽¹⁾ es a través del desarrollo psicomotriz, en escolares y adolescentes existen otros aspectos relevantes como la valoración de la atención, memoria, motivación, senso-percepción e inteligencia⁽¹⁾

La atención es la capacidad para mantenerse enfocado en una actividad, para completarla con calidad, es una de las funciones del proceso neurocognitivo⁽²²⁾ necesaria para el cumplimiento de las actividades simples y complejas de la vida diaria. Es el resultado de una red de funciones de las diferentes partes del cerebro,⁽²³⁾ pero es el medio ambiente y el entorno como: papel de los padres, familia y educadores que añaden otros elementos para lograr adquirir la atención necesaria para el cumplimiento de cada una de las actividades que se realiza,⁽⁹⁾ de esta manera, la atención se puede alterar por fallas orgánicas,⁽⁶⁾ o por factores sociales. Lo primero, corresponde a un pediatra descubrir si el niño, niña y adolescente tiene un problema de atención⁽⁷⁾ y derivarlo a un equipo interdisciplinario para que llegar a un diagnóstico oportuno, caracterizando si el problema de atención es: (i) un signo de una entidad patológica (discapacidad intelectual, autismo, déficit visual o auditivo, trastornos psiquiátricos, otros), (ii) un trastorno denominado Déficit de Atención,⁽⁸⁾⁽⁹⁾ (iii) es un signo de los Trastornos específicos del Aprendizaje⁽¹⁰⁾ o (iv) es una variación normal que hay que entrenarla para que tenga mejores resultados.

Los problemas de atención pueden reflejarse en bajo rendimiento escolar o laboral⁽¹¹⁾ afectando a la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El presente estudio enfocó a la Atención desde su prevalencia en los niños, niñas y adolescentes de 8 a 12 años en el Servicio de Pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga durante un período de un año y los caracterizó según edad, sexo, condición socio-económica, tipo de familia, funcionalidad familiar, tipo de cuidador (materno o no materno), antecedente de asistencia a centro de desarrollo infantil, tipo de atención, perfil clínico de la atención.

Epidemiológicamente, a nivel internacional, las tasas de prevalencia de los Problemas Atencionales son discrepantes⁽²⁰⁾. En población general DuPaul et al (1998) New York, han referido un intervalo entre un 2-30%⁽²⁰⁾ y Buitelaar & Van Engeland (1996) Cambridge, entre un 4-17%⁽²⁰⁾ ⁽²⁵⁾. Europa representa el 1,5%⁽²⁰⁾, 0,78% en Hong-Kong, 17,8% en Alemania.⁽²⁵⁾ Las cifras provenientes de países anglosajones indican una prevalencia entre 5-7%,⁽²³⁾ otros estudios alcanzan valores hasta el 15%⁽²³⁾, Estados Unidos se estiman prevalencias del 3-6%.⁽²⁰⁾ ⁽²⁴⁾ En países desarrollados, en edad escolar reportan cifras entre 5-10%⁽²⁴⁾. Mallorca 4,7% en niños de 6 a 11 años.⁽²⁰⁾

Estudios en países latinoamericanos varían entre 5-22%,⁽²³⁾ 10-15% en niños venezolanos entre 3 y 13 años de Maracaibo,⁽¹⁴⁾ 16,1% en niños colombianos entre 4 y 17 años de Manizales,⁽²⁰⁾ ⁽²⁴⁾ 18% en niños entre 6 a 11 años en Medellín⁽²⁰⁾ ⁽²⁴⁾. En Chile reporta el 18% en niños de segundo año de básica en Talca;⁽²⁰⁾ en la ciudad de Antofagasta oscilan entre un 5-15%,⁽²⁰⁾ en Argentina en niños de 6-9 años reportó una prevalencia del 5,24%.⁽²³⁾ Rohde et al (1999), en Brazil identifica una prevalencia de 5,8%.⁽²⁵⁾ Brown et al (2001), en niños de 6 a 12 años sitúa un valor del 4-12%,⁽²⁵⁾ Barbaresi et al (2002) en un estudio de cohortes en ambiente hospitalario, determina entre el 7-16%.⁽²⁵⁾ Este mismo autor, en un estudio prospectivo posterior con muestra de cohortes de 5.718 sujetos seguidos hasta los 5 años, valora una prevalencia a los 19 años de 7,5%.⁽²⁵⁾

En Ecuador existen pocas investigaciones enfocadas a problemas atencionales, no se ha identificado estudios que relacionen su prevalencia y factores



UNIVERSIDAD DE CUENCA

asociados. Según el CONADIS (2005) el 12,14% del total de la población ecuatoriana son personas con algún tipo de discapacidad y de estos el 1,7% son niños o niñas; sin embargo, se piensa que son más pero que no están identificados ni registrados ya sea por falta de programas de atención que los detecte o porque sus padres al no aceptarlos no los presentan como tal ⁽¹⁾, dentro de los cuales pueden estar incluidos los problemas atencionales.

En el presente estudio se determina que pacientes con problemas atencionales entre 8-12 años de edad corresponde el 30.8% (117), de los cuales 65 (32.5%) son masculinos y 52 (28.9%) son femeninos. Los datos no muestran diferencias por sexo ($p>0.05$). En la literatura, en cuanto a las diferencias por género la tendencia es con predominio en varones, ⁽¹⁾ ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾ según el DSM-IV, 9:1 en la población clínica y 4:1 en la población normal. ⁽²⁵⁾ En los trabajos de DuPaul et al (1998) New York, como Buitelaar y Engeland (1996) Cambridge, las diferencias son más atenuadas, pero favorables a los varones. ⁽²⁵⁾ Estas diferencias parecen desaparecer en los adolescentes con ratios cercanos 1:1 (varones: 47,8%; mujeres: 52,2%). ⁽²⁵⁾ Otros determinan que la prevalencia de los problemas atencionales se mantiene estable en el sexo femenino, mientras que en los varones parece disminuir con la edad, se ha apuntado que el hecho de no utilizar criterios diferenciales por género favorece un subdiagnóstico de las niñas. Montiel-Nava et al (2002) Venezuela, en una muestra de 1,141 niños de Maracaibo obtuvieron una prevalencia total del 7,19%, mayor en el caso de las niñas (8,26%) que de los niños (6,20%). El hecho de que no se den diferencias de género no indica que el trastorno incida de la misma manera, la tendencia sería a que se exprese con mayor severidad en los niños que en las niñas, lo cual podría explicar su preponderancia del sexo masculino en ambientes clínicos. ⁽²⁵⁾ Biederman (1999) Brazil defiende que las diferencias en las manifestaciones de los Problemas Atencionales vienen determinadas por el género por lo tanto, las niñas presentan el mismo riesgo a padecer Problemas Atencionales que los varones, pero que el género modula una sintomatología diferente, así el género masculino supone mayor severidad en la presentación del trastorno. ⁽²⁵⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El estudio realizado reporta que el mayor número de pacientes que participaron corresponde al grupo de adolescentes con un total de 225 (59.2%), al contrastar con la bibliografía revisada, en la cual indica a que menor edad existe mayor riesgo de padecer Problemas Atencionales, ^{(1) (20) (24) (25)} sin embargo, no se podría determinar que contrasta con epidemiología mundial, debido a que existen factores como un gran número de pacientes correspondientes al grupo de la infancia que debieron ser trasladados a otras instituciones de salud por no disponibilidad de camas en nuestro servicio, los cuales no entraron en el estudio y que daría lugar a un subregistro de este grupo poblacional.

Los Problemas de Atención asociado a la condición socio-económica de los padres, se puede identificar en nuestro estudio que es más frecuente el nivel medio-típico (C+), los datos no muestran diferencias por sexo. Es importante determinar que nuestra población investigada constituye a un grupo de pacientes en los cuales sus padres tienen acceso a un Seguro de Salud Social, lo que les permite acceder de manera permanente a adecuados servicios de salud, el estudio no determina diferencias significativas en relación al nivel socioeconómico, lo cual contrasta con la literatura. Rutter en México determina que factores ambientales como: bajo nivel socioeconómico, tipo de familia, funcionalidad familiar, cuidador no materno, se relacionan a Problemas Atencionales, ^{(13) (25) (26)} sin embargo, no se ha definido una relación específica. Varios estudios asocian el bajo nivel sociocultural de los padres constituir factores de riesgo de padecer Problemas de Atención. ^{(13) (25)} El bajo nivel socioeconómico de las familias puede determinar ausentismo de los padres en el hogar. ^{(1) (26)} La migración de los progenitores con delegación del cuidado de sus hijos a terceras personas (abuelos, tíos, vecinos, otros) puede influenciar negativamente ⁽²⁶⁾ en el desarrollo neurocognitivo de los niños, en relación a su entorno familiar como social.

Otro estudio determinó que de los factores de riesgo investigados las familias extensas también constituyen un riesgo relativo de presentar Problemas de Atención. ⁽¹³⁾ El estudio descriptivo mexicano de Aguilar, 2008 asevera estas



UNIVERSIDAD DE CUENCA

dificultades. La familia, cuando no potencia el desarrollo del niño o niña porque no cumple con sus funciones (disfuncionalidad) de protección de la supervivencia, afecto produce problemas de conducta,⁽²⁶⁾ con repercusión en el aprendizaje y por lo tanto, en la atención. Investigaciones de Sock, 2007 y de Torrente, 2005 narran que el cuidador es la persona que suministra al niño la atención en casa y es quien influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña.⁽²⁶⁾

La encuesta nacional sobre niñez y adolescencia (ENNA) escribe que en el Ecuador el 94% de las madres son las cuidadoras y el cuidado de sus hijos está relacionado con el nivel de instrucción educativo que ellas poseen, lo cual semeja datos estadísticos con nuestro estudio.⁽²⁶⁾ El papel de los padres, toma relevancia, ya que los problemas de atención se desarrollan bajo visión de un contexto familiar determinado,⁽²⁷⁾ donde sus miembros interactúan y se influyen,⁽²⁷⁾ los padres son quienes valoran si existe o no un problema, quienes deciden si necesitan ayuda profesional, a esto debe contrastarse de que no todos los niños, niñas y adolescentes con problemas de atención son derivados, lo cual toma gran relevancia debido a que éstos no son detectados oportunamente.⁽²⁷⁾ Woodward et al (1998), compararon medidas de funcionamiento familiar y de estilo de paternidad, encontraron una relación significativa entre baja atención y estrategias parentales de crianza pobres, uso de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos.⁽²⁷⁾

Martínez (2004) propone que la estimulación temprana es la aplicación multisensorial, desde que nace hasta la etapa de mayor maduración del S.N.C.⁽²⁸⁾ La Tribuna Médica (1978) señaló que la estimulación temprana permitía mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos, tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales.⁽²⁶⁾ Molla (1978) afirma que la estimulación temprana supone el proporcionar determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades. (Citado por Salvador, 1989),⁽²⁶⁾ Sánchez (1980) la estimulación precoz permite un



UNIVERSIDAD DE CUENCA

normal desarrollo físico e intelectual al estimular adecuadamente el organismo durante su período de crecimiento. ⁽¹⁸⁾ Lo que se confirma en nuestro estudio, el no asistir a un centro de desarrollo infantil es un riesgo para tener atención inadecuada ($p < 0,05$; RP: 1,35; IC95%: 1,01-1,82).

En cuanto al perfil clínico de la atención en nuestro estudio fue adecuado en el 62.1% que representa a 236, con velocidad de atención adecuada en 294 pacientes (77.4%), la calidad de atención adecuada en el 69% (262 pacientes), la concentración adecuada en 242 pacientes (58.3%). Al contrastar con la bibliografía no se identifican estudios que enfoquen la atención como un signo de alarma que pueda ser identificado y derivado oportunamente, sino como un síndrome. La ausencia de diagnóstico y tratamiento ocasionan fracaso escolar, social y familiar, por lo que es conveniente desarrollar medios que faciliten el conocimiento sobre Problemas de Atención para su diagnóstico oportuno, su tratamiento adecuado y su mejor pronóstico.⁽²¹⁾



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de los problemas atencionales fue el 30.8%, siendo el grupo etario más frecuente la adolescencia temprana 59.2%, no existe diferencias por sexo, la condición socio-económica más frecuente fue el nivel medio-típico (C+). El tipo de cuidador más frecuente fue la madre con el 75,8%. Las familias fueron altamente funcionales 96.6%
- El perfil clínico de la atención fue adecuado en el 62.1%, con velocidad de atención adecuada 77.4%, calidad de atención adecuada en el 69%, concentración adecuada en el 58.3%
- No asistencia a Centros de Desarrollo Infantil fue un riesgo para tener atención inadecuada con el 40.8%.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J, Pazán C, Angulo A. Retrasos del Desarrollo Psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0-5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. Maskana, Revista Científica. 2012; 3(1): paginas 1-16. [Citado 01-07-2013]. Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiU2MTFq6LJAhUM8CYKHfBhAHQQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ucuenca.edu.ec%2Fojs%2Findex.php%2Fmaskana%2Farticle%2Fdownload%2F391%2F333&usq=AFQjCNEC6xxYKegRoa3SJteymEVbEHKDMg>
2. Castaño, J. El sorprendente cerebro del bebé. Arch. Argent. Pediatr. [Online]. 2005 [Citado 01-07-2013]. 103(4): 331-337. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752005000400008&script=sci_abstract
3. Colmenero J, Catena A, Fuentes LJ. Atención visual: Una revisión sobre las redes atencionales del cerebro. Anales de Psicología. [online]. 2001 [Citado 01-07-2013]. 17(1):45-67. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v17/v17_1/05-17_1.pdf
4. León P, Ocampo L. La atención: un proceso psicológico básico. 2009. [Consulta 01-07-2013]. Colombia. 5(8):91 [Consulta 01-07-2013]. Disponible en: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-09-vol5-n8.pdf>
5. Montiel C, Peña J. 2011. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. Rev Neurol. 2001 [Citado 30-02-2013], 32: 506-11. Disponible en: <http://www.revneurol.com/3206/k060506.pdf>
6. Posada H, Restrepo JC. Propuesta de un protocolo abreviado para la evaluación de las funciones ejecutivas en niños y adolescentes. 2012. [Citado 01-07-2013]. 1(1). Disponible en: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/EN-Clave/article/view/178/89>
7. Gobierno de Chile. Ministerio de Educación de Chile. Déficit Atencional. Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de educación básica. 2009. [Consulta 01-07-2013]. 1-72. Disponible en: http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201305151612430.Deficit_Atencional.pdf
8. Pascual-Castroviejo I. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad. 2008. España. Asociación Española de Pediatría. [Consultado: 30-02-2013]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

9. Lora A, Díaz MJ. Abordaje del trastorno de por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. 2011. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. [Citado 30-02-2013]. 20: 115-26. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/seminario05.pdf>
10. Navarrete A. Trastornos Escolares. Detección, Diagnóstico y Tratamiento. [Internet]. 1ª. ed. BOGOTÁ, COLOMBIA. Lexus, 2003. [Citado 01-07-2013]. Disponible en: <http://biblio.udb.edu.sv/library/index.php?title=75801&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@field1=encabezamiento@value1=TRASTORNOS%20ESCOLARES%20@mode=advanced&recnum=3>
11. Buñuel JC. Puntuaciones elevadas en uno o varios de los síntomas nucleares del TDAH en los niños sin el trastorno podrían asociarse a una disminución en el rendimiento de algunas habilidades académicas. Evid Pediat. 2008, 4(1):1-3. Disponible en: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10705-RUTA/Puntuaciones%20elevadas%20en%20uno%20o%20varios.pdf>
12. Aboitiz F, Schröter C. Síndrome de Déficit Atencional: antecedentes neurobiológicos y cognitivos para estudiar un modelo de endofenotipo. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2005. [Citado 01-07-2013]. 43(1):11-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272005000100002&script=sci_arttext
13. Lefa E; Toro J, Salamero M, Castro J, Cruz M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. 1999. [Citado 20-02-2013]. 50(2): 1-6. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-2-7.pdf>.
14. González C. Los Programas de estimulación Temprana desde la Perspectiva del maestro. LIBERABIT. 2007. Perú. [Citado 20-02-2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a03v13n13.pdf>
15. Rolf, Brickenkm. Madrid. Test de Atención D2. 2002. TEA Ediciones. Madrid. Serie número 298. Pg 1-88.
16. Ojeda N, Ortuño F, López P, Arbizu J, Martí-Climent J, Cervera-Enguix S. Bases neuroanatómicas de la atención mediante PET-15O: el papel de la corteza prefrontal y parietal en los procesos voluntarios. REV NEUROL 2002 [Citado 20-02-2013]. 35 (6): 501-507. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3506/n060501.pdf>
17. León P, Ocampo L. La atención: un proceso psicológico básico. 2009. [Consulta 01-07-2013]. Colombia. 5(8):91-100. [Consulta 01-07-2014]. Disponible en: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-09-vol5-n8.pdf>
18. Gómez-Pérez E; Ostrosky-Solís F; Próspero-García O: Desarrollo de la atención, la memoria y los procesos inhibitorios: relación temporal con la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- maduración de la estructura y función cerebral. 2003. México. [Consulta 01-07-2013]. Disponible en: <http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Desarrolloatencion.pdf>
19. Estévez-González A, García-Sánchez C, Junqué. La atención: una compleja función cerebral. 1997. REV NEUROL, 25 (148): 1989-1997. Disponible en: https://www.academia.edu/5052719/La_atenci%C3%B3n_un_proceso_psicol%C3%B3gico_b%C3%A1sico_Atention_as_a_basic_psychological_processes_Resume
20. Urzúa A, Domic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. 2009. Rev Chil Pediatr, 80(4): 332-338. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n4/art04.pdf>
21. Granados A, Sauer T, et al. Gobierno Federal de México. Diagnóstico y Tratamiento en el Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Editorial: CENETEC. [Consulta 30-02-2013]. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SSA_158_09_DEFICIT_ATENCION_HIPERACTIVIDAD/SSA_158_09_EyR.pdf
22. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Cataluña, 2010. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. [Consulta 30-02-2013]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
23. Scandar R. Estudio Multicéntrico de Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la República Argentina. [Consulta 30-02-2013]. <http://www.fnc.org.ar/pdfs/scandar.pdf>
24. Pineda D.A, Lopera F, Henao G.C, Palacio J.D, Castellanos F.X. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. 2001. Rev Neurol. 32(3): 217-222. [Citado 30-02-2013]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3203/k030217.pdf>
25. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. 2007. REV NEUROL, 44(1): 10-14. [Citado 21-11-2015]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4401/x010010.pdf>
26. Huiracocha L: Factores Asociados a Problemas de Conducta en Prescolares. Cuenca. 2011. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 31(2): 36-43. [Citado 11-11-2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20159/1/Lourdes%20Huiracocha%20Tutiv%C3%A9n.pdf>
27. Roselló B, García-Castellar R, Tárraga-Mínguez R, Mulas F: El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- atención con hiperactividad. 2003. REV NEUROL, 36 (1): S79-S84. [Citado 11-11-2015]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/sec/deAutor.php?auof=1755&i=e#>
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. 2010. pg: 1-4. [Citado 11-11-2015]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1184&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800
29. Suarez M, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. 2014. Rev Med La Paz. 20(1): 53-57. [Citado 11-11-2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
30. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, De D Luna del Castillo J, Lardelli Claret P: Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. 1996. Elsevier 18(6). [Citado 11-11-2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
31. Gómez Clavelina F, Ponce Rosas E: Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar. 2010. Aten Fam. 17(4):102-106. Citado [24-11-2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2010/af104f.pdf>
32. Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Pág. 15. Citado [27-01-2016]. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf
33. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18. Citado [27-01-2016]. Disponible en: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/61/AATRM07-18RES%20.pdf>
34. Barreno Z, Salinas J, Macías-Alvarado J: Estimulación temprana para potenciar la inteligencia psicomotriz: importancia y relación. 2015. Revista Ciencia UNEMI. 8(15):112. Citado [27-01-2016]. Disponible en: <http://www.unemi.edu.ec/ojs/index.php/cienciaunemi/article/viewFile/205/203>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

35. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A: Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. 2006. Revista Colombiana de Psiquiatría, 25(1):23-29. Citado [27-01-2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100003



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXOS

ANEXO 1.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Atención	Función neurofisiológica que permite enfocar los órganos de los sentidos sobre determinada información relevante, para la realización de una determinada actividad; al mismo tiempo que se inhiben otros estímulos que son irrelevantes.	Neurológica y Psicológica	Test de valoración de atención D2.	Cualitativa ordinal: <ul style="list-style-type: none"> Sobresaliente: percentil 85-100. Muy buena: percentil 55-84. Buena: percentil 30-54. Regular: percentil 10-29. Deficiente: percentil 0-9.
Atención	Función neurofisiológica que permite enfocar los órganos de los sentidos sobre determinada información relevante, para la realización de una determinada actividad; al mismo tiempo que se inhiben otros estímulos que no son irrelevantes.	Psicológica	Test de valoración de atención D2.	Cualitativa nominal: <ul style="list-style-type: none"> Adecuada: si la puntuación corresponde a sobresaliente, muy buena y buena. Inadecuada: si califica como regular o deficiente.
Perfil clínico de la atención	Características de la atención que pretenden conseguir el fin de una tarea con eficiencia la ejecución de una tarea.	Neurocognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Velocidad: el criterio TR del test d2. Calidad: el criterio TA del test d2. Concentración: criterio CON del test d2. 	Nominal: <ul style="list-style-type: none"> Inadecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a regular o deficiente. Adecuada: cuando se encuentra en el percentil que



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				<p>equivale a buena, muy buena y sobresaliente.</p>
Velocidad de atención	Número de estímulos que se han procesado en un determinado tiempo.	Neurocognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Criterio TR del test d2. 	<p>Cualitativa ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobresaliente: percentil 85-100. Muy buena: percentil 55-84. Buena: percentil 30-54. Regular: percentil 10-29. Deficiente: percentil 0-9. <p>Nominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inadecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a regular o deficiente. Adecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a buena, muy buena y sobresaliente.
Calidad de la atención	El grado de precisión durante	Neurocognitiva	Criterio TA del test d2.	<p>Cualitativa ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobresaliente: percentil 85-100. Muy buena: percentil 55-84. Buena: percentil 30-54. Regular: percentil 10-29. Deficiente: percentil 0-9. <p>Nominal:</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a regular o deficiente. • Adecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a buena, muy buena y sobresaliente.
Concentración	Cantidad de recurso atencional que se dedican a una actividad o a un fenómeno mental específico.	Neurocognitiva	Criterio CON del test d2	<p>Cualitativa ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobresaliente: percentil 85-100. • Muy buena: percentil 55-84. • Buena: percentil 30-54. • Regular: percentil 10-29. • Deficiente: percentil 0-9. <p>Nominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a regular o deficiente. • Adecuada: cuando se encuentra en el percentil que equivale a buena, muy buena y sobresaliente.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio del paciente.	Tiempo transcurrido	Fecha de nacimiento registrada en la cédula de identidad, carnet de vacunación o historia clínica	<p>Cualitativa ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infancia media: 8-10 años • Adolescencia temprana: 11-14 años



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Sexo	Conjunto de características biológicas que distingue a los individuos entre hombres y mujeres.	Fenotípica	Características físicas y sexuales que distinguen al hombre de la mujer.	Cualitativa ordinal <ul style="list-style-type: none"> Femenino Masculino
Condición socio-económica	Clasificación de la población en grupos sociales enfocados no solamente por la cantidad de ingresos adquiridos mensualmente, sino también calificados por otras variables.	Social y económica	Encuesta de INEC 2010, evalúa: Características de vivienda (0-236), Acceso a tecnología (0-161), Nivel de educación (0-171), Posesión de bienes (0-163), Hábitos de consumo (0-99), Actividad económica del hogar (0-170)	Cualitativa ordinal: Alto (A): 845-1000 puntos. Medio alto (B): 696-845 puntos. Medio típico (C+): 535-696 puntos. Medio bajo (C-): 316-535 puntos. Bajo (D): 0-316 puntos.
Tipo de familia	Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.	Psicológica y social	Tipo de integrantes de la familia	Cualitativa nominal: Familia nuclear: Compuesta por padre, madre e hijos Familia extensa: Compuesta por más de una unidad nuclear. Padres e hijos, abuelos, etc. Familia monoparental: Constituida por un progenitor y los hijos.
Funcionalidad familiar	Aquella que provea alimento y abrigo, matriz de relaciones interpersonales, promueve la identidad personal, sexual, social, fomenta el aprendizaje, la creatividad, y la	Sociológico	Test de APGAR Familiar Valora cinco parámetros: - Adaptación - Participación - Crecimiento - Afecto - Recursos	Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos. Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos. Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	iniciativa individual.			
Tipo de cuidador	Persona responsable del cuidado del niño	Semiológico	Antecedente brindado por el acompañante del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Terceras personas
Antecedente de Asistencia a centro de desarrollo infantil	Grupo de técnicas especiales para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños en la primera infancia para corregir trastornos reales o potenciales en su desarrollo, o para estimular capacidades compensadoras	Semiológico	Antecedente brindado por el acompañante del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 2.

FORMULARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. POSTGRADO DE PEDIATRÍA

PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE ATENCION EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES DE 8-12 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGAY SU RELACION CON FACTORES ASOCIADOS, CUENCA. 2014-2015.

FORMULARIO NÚMERO:		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA		
FECHA DE REALIZACION		
NOMBRE DEL NIÑO		
FECHA DE NACIMIENTO		
HISTORIA CLINICA		
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O REPRESENTANTE LEGAL		
MOTIVO DE INGRESO		
1. DATOS DE LA INVESTIGACION		
EDAD		
SEXO	0. FEMENINO	
	1. MASCULINO	
GRUPO ETAREO	0. INFANCIA MEDIA	
	1. ADOLESCENCIA TEMPRANA	
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
0. Medio- típico-Alto		
1. Medio-Bajo		
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
0. A (alto): 845.1-1000 puntos.		
1. B (medio alto): 696.1-845 puntos.		
2. C+ (medio típico): 535.1-696 puntos.		
3. C- (medio bajo): 316.1-535 puntos.		
4. D (bajo): 0-316 puntos.		
TIPO DE CUIDADOR		
0. Materno.		
1. No Materno.		
TIPO DE CUIDADOR		
0. Madre		
1. Padre		
2. Abuelos		
3. Tíos		
4. Otros		
TIPO DE FAMILIA		
0. Nuclear.		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1. No nuclear.		
TIPO DE FAMILIA		
0. Nuclear.		
1. Monoparental.		
2. Extensa.		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
0. Funcional.		
1. Disfuncional.		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
0. Familias altamente funcionales: 7-10 puntos.		
1. Familias moderadamente disfuncionales: 4-6 puntos.		
2. Familias severamente disfuncionales: 0-3 puntos.		
ANTECEDENTE DE ASISTENCIA A CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL		
0. Sí.		
1. No.		
ATENCIÓN		
0. Adecuado.		
1. Inadecuado.		
ATENCIÓN		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
PERFIL CLÍNICO DE LA ATENCIÓN		
0. Adecuado.		
1. Inadecuado.		
VELOCIDAD DE LA ATENCIÓN		
0. Adecuada.		
1. Inadecuada.		
VELOCIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
CALIDAD DE LA ATENCIÓN		
0. Adecuada.		
1. Inadecuada.		
CALIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
TOTAL DE RESPUESTAS		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
TOTAL DE ACIERTOS		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
OMISIONES		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
COMISIONES		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
CONCENTRACION		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
EFFECTIVIDAD TOTAL DE LA PRUEBA		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INDICE DE VARIACION		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
LINEA CON MAYOR NUMERO DE ELEMENTOS		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
LINEA CON MENOR NUMERO DE ELEMENTOS		
	Percentil	
0. Sobresaliente: 85-100.		
1. Muy buena: 55-84.		
2. Buena: 30-54.		
3. Regular: 10-29.		
4. Deficiente: 0-9.		
SERVICIO DE INTERNET		
0. Sí.		
1. No.		
COMPUTADORA DE ESCRITORIO		
0. Sí.		
1. No.		
COMPUTADORA PORTATIL		
0. Sí.		
1. No.		
USO DE CELULAR		
0. Sí.		
1. No.		
USO DE TELEVISION		
0. Sí.		
1. No.		
USO DE CORREO ELECTRONICO		
0. Sí.		
1. No.		

Observaciones :
 Fecha :
 Evaluador :



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 3. APGAR FAMILIAR:

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Interpretación:

- Familias altamente funcionales: 7 a 10 puntos.
- Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos.
- Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos.

ANEXO 4. ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		porcentaje Puntos
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choca/ Covecha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	32
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2. ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3. ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		porcentaje Resúmen
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2. ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3. ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4. ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5. ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		porcentaje Resúmen
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Si	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbral),
Identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos

- A (alto)
- B (medio alto)
- C+ (medio típico)
- C- (medio bajo)
- D (bajo)

Umbral

- De 845,1 a 1000 puntos
- De 696,1 a 845 puntos
- De 535,1 a 696 puntos
- De 316,1 a 535 puntos
- De 0 a 316 puntos



suma de
puntajes
finales



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSTGRADO DE PEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, madre/padre o representante legal con CI:, del niño....., autorizo a la médica: KARLA ROSELY NOVILLO FERNANDEZ, estudiante del postgrado de pediatría, la participación de mi hijo/a en el trabajo de investigación titulada: **“PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES DE 8-12 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS, CUENCA. 2014-2015”**. Debido a que se requiere recoger datos sobre características sociodemográficas y además la realización del test d2, el mismo que se realizará en un periodo de diez a quince minutos, al alta del paciente.

Esta información será recogida en un formulario previamente diseñado por la autora, el mismo que será únicamente empleado para fines científicos, guardando confidencialidad de los datos individuales. El beneficio científico obtenido será la identificación de factores asociados a problemas de atención en niños, niñas y adolescentes de 8-12 años, así como su prevalencia en nuestro medio, con la finalidad de adquirir estrategias futuras de prevención del mismo.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias impredecibles e inesperadas que requerir una extensión del procedimiento original.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído o explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y todas las preguntas que he formulado han sido satisfactoriamente respondidas y explicadas.

Además se me aclaró que esta investigación no tiene ningún costo y que se me da la plena libertad de retirar a mi hijo o hija del estudio si así lo deseo. Comprendo las limitaciones, doy mi consentimiento para la participación de mi hijo/hija en esta investigación.

Firma del padre/madre o representante.

CI:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 7

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRÍA

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,
acepto participar en la investigación titulada: **“PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES DE 8-12 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS, CUENCA. 2014-2015”**, de autoría de la médica Karla Rosely Novillo Fernández, estudiante del postgrado de pediatría. Debido a que se requiere recoger datos sobre características sociodemográficas y además la realización del test d2, el mismo que se realizará en un periodo de diez a quince minutos, al alta del paciente.

Esta información será recogida en un formulario previamente diseñado por la autora, el mismo que será únicamente empleado para fines científicos, guardando confidencialidad de los datos individuales. El beneficio científico obtenido será la identificación de factores asociados a problemas de atención en niños, niñas y adolescentes de 8-12 años, así como su prevalencia en nuestro medio, con la finalidad de adquirir estrategias futuras de prevención del mismo.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias impredecibles e inesperadas que requerir una extensión del procedimiento original.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído o explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y todas las preguntas que he formulado han sido satisfactoriamente respondidas y explicadas.

Además se me aclaró que esta investigación no tiene ningún costo y que se me da la plena libertad de retirarme del estudio si así lo deseo. Comprendo las limitaciones, doy mi asentimiento para la participación en esta investigación.

Firma del paciente.

CI: